

**FACULDADE DE
MEDICINA DENTÁRIA
UNIVERSIDADE DO PORTO**

**Artigo de Revisão Bibliográfica
Mestrado Integrado em Medicina Dentária**

**RESPONSABILIDADE MÉDICA NA EXTRAÇÃO DE
TERCEIROS MOLARES**

Paula Coelho

Orientadora

Inês Alexandra Costa Morais Caldas

Porto, 2018

Responsabilidade médica na extração de terceiros molares –
Revisão bibliográfica

Autora: Paula Coelho

Aluna do 5º ano do Mestrado Integrado em Medicina Dentária na
Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto

Contacto: coelho.paula.1910@gmail.com

Orientadora:

Inês Alexandra Costa Morais Caldas

Professora auxiliar da Faculdade de Medicina Dentária da
Universidade do Porto

Agradecimentos

Obrigada à minha família, por todo o apoio, carinho, demonstração de afeto ao longo destes anos. Sem esta força, nada poderia ter alcançado.

À minha orientadora, Inês Alexandra Costa Morais Caldas, por toda a simpatia, dedicação, conhecimento, apoio e eficácia na realização deste trabalho.

À minha segunda família, os meus amigos do Porto: a Mariana, Joana, Margaux, Daniel e João Ricardo, por me apoiarem e terem ajudado ao longo destes 5 anos de vida académica.

Obrigado a todos.

*“L’eau qui ne court pas fait un marais,
l’esprit qui ne travaille pas fait un sot.”*

Victor Hugo

Resumo

Introdução: A extração dos terceiros molares é um dos procedimentos mais efetuados no consultório dentário. Devido à sua grande variação e relação com estruturas adjacentes, a sua extração resulta muitas das vezes em complicações.

Objetivos: Os objetivos deste trabalho são explorar os riscos e as complicações intra e pós operatórios inerentes à extração dos 3 molares, esclarecendo os danos que podem provocar na pessoa, e determinar-se-á quais são os procedimentos básicos que se devem efetuar para diminuir os riscos de ocorrência de danos que podem levar a uma acusação de responsabilidade médica. Pretende-se, ainda, avaliar as consequências numa perspetiva médico-legal, em termos de valorização dos parâmetros de dano permanentes.

Material e Métodos: Foi efetuado uma pesquisa nas bases de dados Pubmed, ADA, DARE, NICE Evidence Search, RCAAP, para além da pesquisa em livros relacionados com o tema. Considerou-se um intervalo de tempo de 20 anos.

Desenvolvimento/Conclusão: O médico dentista deve fazer participar o paciente no planeamento do caso, explicando e informando sobre os procedimentos, benefícios e risco, obtendo o seu consentimento antes de iniciar o tratamento. Perante um bom planeamento do caso, o médico dentista consegue avaliar a probabilidade de ocorrer complicações adequando o seu tratamento e diminuindo o risco de ser considerado responsável por qualquer dano. No caso, de o médico ser demonstrado como responsável pela ocorrência de um dano, este deverá ser quantificado considerando um individuo como um todo e não como a soma de partes de um corpo.

Palavras-chave: *“third molar”, “third molar extraction”, “third molar complication”, “third molar litigation”, “third molar surgery” “third molar classification” “third molar surgery negligence” “third molar medicolegal” “third molar jurisprudence””, “third molar informed consent”, “tooth extractions and oral damage”*

Abstract

Introduction: Third molar extraction is one of the most commonly performed procedures in the dental office. Due to their diversity and complex relation with adjacent structures, their extraction often results in complications.

Objectives: The objectives of this paper are evaluate the intra and postoperative risks and complications inherent to third molar extraction, outlining personal damages, and to determine which basic procedures can reduce the risk of injury and a consequent malpractice charge. It is also intended to enhance the consequences in a medical-legal perspective in terms of the permanent damages parameters.

Methods: In addition to related books, the following databases were screened: Pubmed, ASA, DARE, NICE Evidence Search, RCAAP. A 20 year interval was considered.

Results/Conclusions: The patient should be involved when planning the procedure by explaining and describing the benefits and risks so as to obtain their informed consent before starting treatment. By planning ahead, the dental professional is able to assess the likelihood of complications, thus adjusting the treatment and lowering the chance of being considered liable. Should the dental practitioner be showed responsible for injuring a patient, such injury should be quantified by considering an individual as a whole and not as a sum of body parts.

Keywords: *“third molar”, “third molar extraction”, “third molar complication”, “third molar litigation”, “third molar surgery” “third molar classification” “third molar surgery negligence” “third molar medicolegal” “third molar jurisprudence””, “third molar informed consent”, “tooth extractions and oral damage”*

Lista de Abreviaturas e Acrónimos

ADA – American Dental Association

DARE – Database of Abstracts of Reviews of Effects

NICE – The National Institute for Health and Care Excellence

3M - Terceiro molar

3Ms – Terceiros molares

2M – Segundo molar

2Ms – Segundos molares

OPG- Ortopantomografia

OMD – Ordem dos Médicos Dentistas

COA – Comunicação oro-antral

FOA – Fistula oro-antral

SM – Seio maxilar

NL – Nervo lingual

NAI- nervo alveolar inferior

CM – Canal mandibular

OA – Osteíte alveolar

Índice

CONTEÚDO

I. Introdução:	1
II. Material e Métodos:.....	3
III. Desenvolvimento.....	6
III.1: Estudo pré-operatório:.....	7
III.1.1: Meios auxiliares de diagnóstico:	7
III.1.1.1: Ortopantomografia (OPG):	7
III.1.1.2: Radiografia oclusal e periapical:.....	7
III.1.1.3: Tomografia computadorizada (CBCT/CT)	8
III.1.2: Classificação dos terceiros molares:.....	8
III.1.3: Avaliação do grau de dificuldade da extração:	11
III.2: Consentimento informado.....	12
III.3: Referenciação do caso a um especialista:	13
III.4: Complicações e riscos inerentes à extração dos terceiros molares	13
III.4.1: Complicações intra-operatórias:	14
III.4.1.1: Lesões dos tecidos moles:.....	14
III.4.1.2: Complicações com os dentes extraídos:	14
III.4.1.2.1: Fratura das raízes:	14
III.4.1.2.2: Deslocamento das raízes / dentes em espaços anatómicos:.....	14
III.4.1.3: Complicações nos dentes adjacentes:.....	15
III.4.1.3.1: Fratura de restaurações/dentes adjacentes:.....	15
III.4.1.3.2: Luxação e dano nos dentes adjacentes:	16
III.4.1.4: Lesões das estruturas ósseas:.....	16
III.4.1.4.1: Fratura do processo alveolar:	16
III.4.1.4.2: Fratura da tuberosidade maxilar:.....	16
III.4.1.4.3: Comunicação/fístula oro-antral (COA/FOA):	17
III.4.1.4.4: Fratura da mandíbula:.....	17
III.4.1.5: Lesões de estruturas nervosas:.....	18
III.4.1.5.1: Lesão do nervo lingual:	19
III.4.1.5.2: Lesão do nervo alveolar inferior:	20
III.4.1.6: Luxação da articulação temporomandibular (ATM):.....	22
III.4.2: Complicações pós-operatórias:	22
III.4.2.1: Deiscência do retalho:.....	22

III.4.2.2: Osteíte alvéolar:	23
III.4.2.3: Infecção:	23
III.4.2.4: Hemorragias:	23
III.5: Responsabilidade médica no âmbito do direito civil:	24
III.6: Avaliação do dano orofacial em Direito Civil:	25
III.6.1. Relatório de avaliação do dano em Direito Civil:	25
III.6.2. Parametros de dano na pessoa	26
IV. Conclusão	32
V. Referências	34
VI. Anexos	37

Índice de Tabelas

Tabela I - Esquema de pesquisa efetuada.....	5
Tabela II: Fatores que determinam o grau de dificuldade da extração de 3Ms maxilares (Adaptado de Peterson et Al., sem autorização do autor)	12
Tabela III: Fatores que determinam o grau de dificuldade da extração de 3Ms mandibulares (Adaptado de Peterson et Al., sem autorização do autor)	12
Tabela IV - Avaliação do grau de risco de lesão do NL e NAI (adaptado de juodzbaly and daugela 2013, sem autorização do autor)	20
Tabela V - Parâmetros dos danos permanentes (Teresa Magalhães 2007 e Caldas 2008)	27

Índice de Figuras

Figura 1: Classificação de Pell e Gregory - Classe I,II e III (Adaptado de Peterson et Al., sem autorização do autor).....	9
Figura 2: Classificação de Pell e Gregory - Classe A,B e C (Adaptado de Peterson et Al., sem autorização do autor)	10
Figura 3: Classificação de Winter (Adaptado Donado et Al, sem autorização do autor)	10
Figura 4 - sinais radiográficos preditivos de proximidade entre o 3m e cm (juodzbaly and daugela 2013, sem autorização do autor):	21
Figura 5 - Tabela Indicativa para a Avaliação da Incapacidade em Direito Civil, no âmbito da estomatologia (Decreto-Lei n.º 352/2007).	28
Figura 6 - Tabela Indicativa para a Avaliação da Incapacidade em Direito Civil, relacionado com lesões do V par craniano (Decreto-Lei n.º 352/2007).....	28
Figura 7 - Problemas funcionais associados a lesão do NL e NAI (Renton 2013, sem autorização do autor).....	29

I. INTRODUÇÃO:

A extração dos terceiros molares (3M) é um dos atos cirúrgicos mais efetuados nos consultórios dentários. ⁽¹⁻³⁾. Antes de proceder a qualquer procedimento cirúrgico, o profissional de saúde deve ter em atenção as particularidades destes dentes. Os 3Ms apresentam uma grande variabilidade morfológica, podendo apresentarem-se inclusos, semi-inclusos ou erupcionados; adicionalmente, encontram-se em proximidade ou em relação com várias estruturas anatómicas, designadamente, o seio maxilar e a tuberosidade maxilar no caso dos maxilares; o nervo alveolar inferior, o nervo lingual e ângulo da mandíbula no caso dos mandibulares⁽⁴⁾. Por este motivo, este procedimento envolve muitas vezes complicações intra e pós operatórias. Alguns autores referem que na extração dos 3Ms mandibulares ocorrem complicações em 8,4% dos casos comparado com 5,9% dos casos, nos 3Ms maxilares^(5, 6).

Nos últimos anos tem vindo a aumentar o número de ações judiciais relacionadas com a má prática médico-dentária^(7, 8). A área da cirurgia maxilofacial e oral representa cerca de 23,71% das ações judiciais ⁽⁹⁻¹¹⁾, sendo necessário provar que o tratamento efetuado pelo médico dentista não seguiu ou violou as *guidelines* atuais. Para além disso, deve ser comprovada a existência de danos e o seu nexo de causalidade⁽¹¹⁾.

Este trabalho foi realizado no sentido de explorar as complicações decorrentes da extração dos 3M. Para tal, foram avaliados os riscos e as complicações intra e pós operatórios inerentes ao procedimento, esclarecendo os danos que podem provocar num indivíduo avaliando o como um todo. Finalmente, considerando os riscos e as complicações, determinou-se quais os procedimentos básicos que se devem efetuar antes, durante e após a cirurgia para diminuir os riscos de ocorrência de danos, bem como o seu enquadramento na área da responsabilidade médica no âmbito do Direito Cível.

II.MATERIAL E MÉTODOS:

Efetuuou-se uma pesquisa bibliográfica recorrendo a base de dados Pubmed , ADA, DARE, NICE. Restringiu-se a pesquisa a num intervalo de tempo máximo de 20 anos. A pesquisa incluiu todo o tipo de artigo, priorizando-se aos artigos de revisão. Também se analisaram livros publicados no âmbito da cirurgia relacionado com a extração de 3M, tendo como critério de exclusão as publicações com mais de 20 anos.

Para esclarecer o conceito de responsabilidade médica, recorreu-se à consulta do atual código civil, bem como documentos relevantes, devidamente elencados nas referências bibliográficas, existentes na base de dados do Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal

Os idiomas selecionados foram português, inglês, francês e espanhol. Os critérios de inclusão foram:

- Publicação de 1998 até 2018
- Idioma português, inglês, francês e espanhol
- Revisões sistemáticas
- Revisões bibliográficas
- Investigações

Na tabela I descreve-se o esquema da pesquisa realizada.

TABELA I - ESQUEMA DE PESQUISA EFETUADA

Base de dados	Palavras-Chaves	Filtros	Resultados	Selecionados	Eliminados por resumo	Artigos usados
ADA	"third molar"	languages, human	57	6	3	3
DARE	"third molar"	languages, human	78	1	0	1
NICE	"third molar"	languages, human	271	7	6	1
Pubmed	"third molar"	languages, human, review	98	2	2	3
Pubmed	"oral surgery negligence"	languages, human, 5 anos	50	4	2	2
Pubmed	"third molar classification"	languages, human, review	28	4	2	2
Pubmed	"third molar complications"	languages, human, review, 5anos	50	6	1	5
Pubmed	"third molar surgery"	languages, human, review, 5anos	101	10	4	6
Pubmed	"third molar informed consent"	languages, human, review, 5anos	70	5	2	3
Pubmed	"third molar jurisprudence"	languages, human, 5anos	9	1	0	1
Pubmed	"third molar litigation"	languages, human,	63	1	0	1
Pubmed	"third molar medicolegal"	languages, human,	18	1	0	1
Pubmed	"tooth extraction and oral damage assesment"	languages, human,	142	1	0	1
RCAAP	"third molar prevalence"		18	2	1	1
RCAAP	"dano direito civil"		348	4	4	4

Dos 1401 artigos obtidos, 37 artigos foram selecionados para a realização deste trabalho, após leitura do resumo para avaliação da pertinência, e 5 livros.

III. DESENVOLVIMENTO

A nossa pesquisa revelou que existem alguns momentos chave no que concerne ao correto planeamento de uma cirurgia de exodontia de terceiros molares, que passamos a descrever.

III.1: ESTUDO PRÉ-OPERATÓRIO:

Para planear um procedimento cirúrgico deve fazer-se uma revisão da história médica detalhada do paciente, dando importância as alterações fisiológicas e medicamentosas que podem influenciar negativamente o procedimento em si, ou a recuperação. Em seguida, deve realizar-se uma série de exames radiológicos que incluam a zona de atuação e as estruturas anatómicas relacionadas. O estudo não se deve restringir ao exame clínico, incluindo também exames complementares de diagnóstico. Neste planeamento, deve ainda considerar-se as complicações que possam surgir devido às particularidades do paciente, designadamente, ansiedade, hábitos diários que devem ser modificados, métodos preventivos, entre outros⁽¹¹⁾.

III.1.1: MEIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO:

Nesta perspetiva, é dever do médico dentista, adquirir meios de diagnóstico, analisá-los e interpreta-los e, consoante os resultados obtidos, tomar medidas para realizar o procedimento adequado respeitando os padrões científicos⁽⁹⁾.

III.1.1.1: ORTOPANTOMOGRAFIA (OPG):

A OPG permite uma ampla visualização das estruturas orais e das relações entre elas. Apresenta um custo moderado e reduzida exposição ao raio X. Este exame permite ao médico ter uma noção geral da situação atual da cavidade oral do paciente. No entanto, sendo esta uma imagem de duas dimensões, apresenta alta distorção, possível presença de imagens fantasmas e menor resolução da imagem, podendo dificultar a interpretação e o diagnóstico do caso^(12, 13).

III.1.1.2: RADIOGRAFIA OCLUSAL E PERIAPICAL:

Do mesmo modo que a OPG, são imagens bidimensionais, apresentando sobreposição de estruturas, e alguma distorção, dependendo da técnica. Tem como vantagem, ter um custo mais acessível, baixa exposição à radiação, apresentar maior resolução e mais pormenor na zona radiografada. A radiografia oclusal permite obter

informação sobre o posicionamento do 3M num plano horizontal, no sentido vestibulo – lingual, percebendo a relação deste com estruturas anatómicas adjacentes^(12, 13).

A radiografia periapical permite mais pormenor sobre a morfologia do 3M, e o relacionamento deste com algumas estruturas adjacentes. A distorção e sobreposição de imagens podem dificultar a interpretação desta imagem.

III.1.1.3: TOMOGRAFIA COMPUTORIZADA (CBCT/CT)

A tomografia computadorizada obtém imagens tridimensionais, permitindo avaliar a verdadeira posição e relação das estruturas avaliadas. Deverá ser opção no caso de dúvidas, no diagnóstico, para realizar um bom planeamento cirúrgico e evitar possíveis complicações, considerando que o seu custo elevado remete a sua realização para os casos em que é estritamente necessário⁽¹²⁻¹⁴⁾.

III.1.2: CLASSIFICAÇÃO DOS TERCEIROS MOLARES:

Nem todos os casos necessitam dos mesmos cuidados, sendo necessário adaptar os métodos e técnicas cirúrgicas, dependendo de uma correta avaliação do caso em concreto.

A avaliação dos 3M através do exame clínico e da análise minuciosa das radiografias panorâmica e periapicais permite a seguinte classificação, considerando a sua erupção⁽¹⁵⁾:

1. Dente erupcionado na arcada
2. Dente em processo fisiológico de erupção
3. Dentes retidos:
 - Impactados:
 - a) Perfuram a mucosa
 - b) Submucoso
 - Inclusos:
 - a) Intraósseo alto
 - b) Intraósseo baixo
 - c) Ectópico
 - d) Heterotópico

Considera-se um dente retido, aquele que já ultrapassou a idade de erupção, estando contido parcialmente ou totalmente no maxilar.

Os dentes impactados são aqueles que perfuraram o teto ósseo e saco pericoronário, no entanto, ainda se encontram parcialmente ou totalmente submucosos.

Os dentes inclusos caracterizam-se por ainda estarem rodeados pelo osso e saco pericoronário. Os dentes ectópicos são aqueles que ocupam uma posição próxima daquela que é normal. Os dentes heterotópicos ocupam uma posição distante daquela que é suposto (Ex. Ramo ascendente da mandíbula, côndilo, seio maxilar, entre outros.)⁽¹⁵⁾.

Outra classificação (Classificação de Pell and Gregory) descreve inicialmente a relação entre o bordo anterior do ramo mandibular e o 3M mandibular⁽¹¹⁾:

Classe I: o 3M tem espaço anterior ao bordo anterior do ramo mandibular para erupcionar

Classe II: Aproximadamente metade do 3M está coberto pela porção anterior do ramo mandibular

Classe III: O 3M está quase ou completamente incluído no ramo mandibular.^(11, 16)

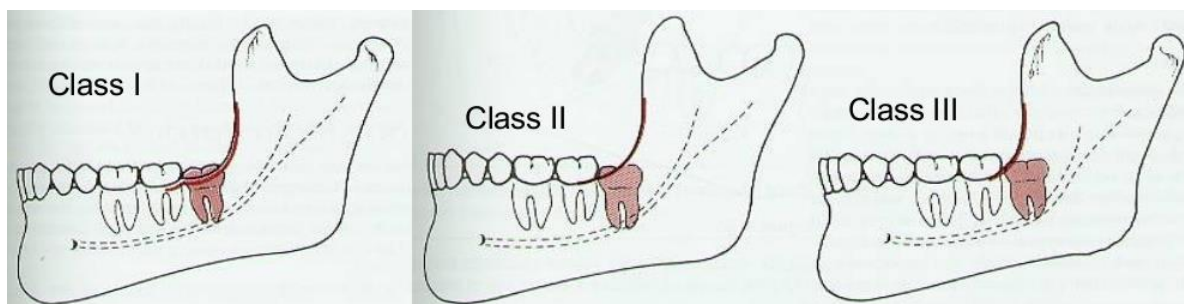


FIGURA 1: CLASSIFICAÇÃO DE PELL E GREGORY - CLASSE I,II E III (ADAPTADO DE PETERSON ET AL., SEM AUTORIZAÇÃO DO AUTOR)

Esta classificação descreve também a relação do plano oclusal dos 3Ms com o plano oclusal do segundo molar adjacente, aplicando-se tanto aos 3Ms mandibulares como aos maxilares.

Classe A: o plano oclusal do 3M está ao mesmo nível do plano oclusal do segundo molar adjacente

Classe B: O plano oclusal do 3M encontra-se entre o plano oclusal e a linha cervical do segundo molar

Classe C: o plano oclusal do 3M encontra-se para além da linha cervical do segundo molar molar^(11, 16)

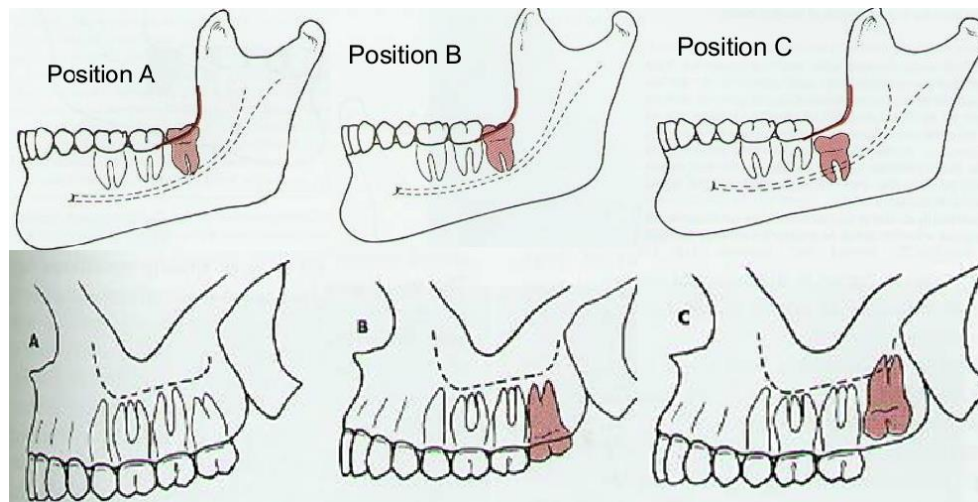


FIGURA 2: CLASSIFICAÇÃO DE PELL E GREGORY - CLASSE A,B E C (ADAPTADO DE PETERSON ET AL., SEM AUTORIZAÇÃO DO AUTOR)¹

A classificação de Winter relacionando a angulação do 3M com o longo eixo do segundo molar adjacente. Esta classificação aplica-se aos 3Ms maxilares e mandibulares^(15, 16).

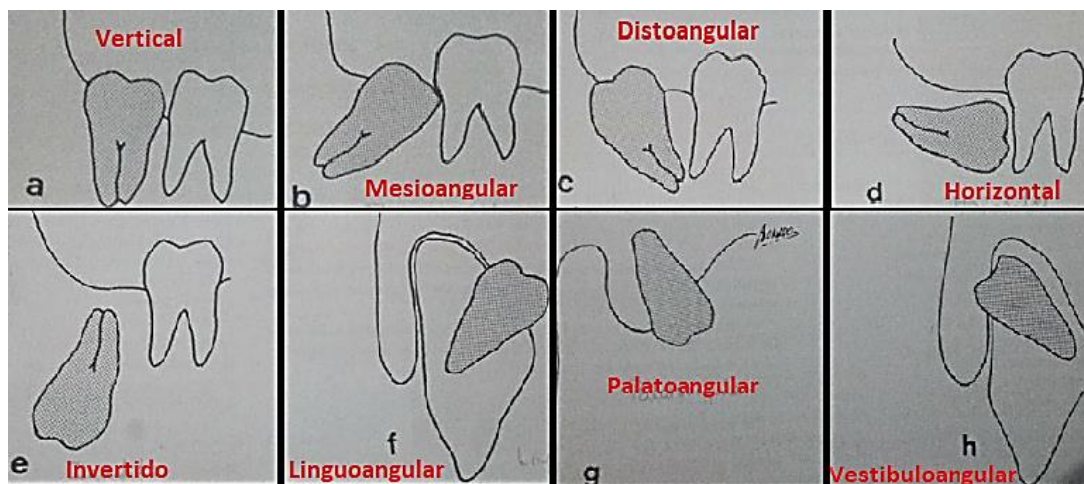


FIGURA 3: CLASSIFICAÇÃO DE WINTER (ADAPTADO DONADO ET AL, SEM AUTORIZAÇÃO DO AUTOR)

Outra classificação é a da American Dental Association, que classifica os 3Ms impactados consoante o tipo de tecido circundante e determina os cuidados adicionais necessários para a sua extração⁽¹⁶⁾.

- 1- Remoção do dente impactado recoberto por tecido mole: A superfície oclusal do dente está recoberta por tecido mole e requiere elevação de retalho mucoperiostal.
- 2- Remoção de dente impactado recoberto parcialmente por osso: Parte da coroa está recoberta por osso, requerendo elevação de um retalho e osteotomia.
- 3- Remoção de dente impactado recoberto totalmente por osso: Grande parte ou totalidade da coroa está recoberta por osso, requerendo elevação de um retalho e osteotomia extensa.
- 4- Remoção de dente impactado recoberto totalmente com osso com dificuldades cirúrgicas raras (disseção do nervo necessária, entre outras)^(11, 16)

III.1.3: AVALIAÇÃO DO GRAU DE DIFICULDADE DA EXTRAÇÃO:

Para além da posição, podemos analisar nas radiografias outros fatores que influenciam o grau de dificuldade da extração. Nesta perspetiva, é importante analisar:

- Morfologia da raiz:
 - Formação da raiz
 - Raízes fusionadas ou separadas (convergentes/divergentes)
- Tamanho do saco pericoronário
- Densidade do osso envolvente
- Proximidade com o segundo molar
- Relação com estruturas adjacentes (nervo alveolar inferior (NAI), nervo lingual, seio maxilar, tuberosidade, entre outros)

Nas tabelas II e III estão descritos os fatores que determinam o grau de dificuldade da extração de 3M, maxilares e mandibulares, respetivamente⁽¹¹⁾.

**TABELA II: FATORES QUE DETERMINAM O GRAU DE DIFICULDADE DA EXTRAÇÃO DE 3Ms MAXILARES
(ADAPTADO DE PETERSON ET AL., SEM AUTORIZAÇÃO DO AUTOR)**

Parâmetros	Menor grau de dificuldade	Maior grau de dificuldade
Angulação	Vertical/Distoangular/Vestibuloangular	Mesioangular/Palatoangular
Profundidade	Classe A	Classe C
Formação das raízes	1/3 a 2/3 das raízes formadas	Raízes formadas, longas e finas
Morfologia das raízes	Fusionadas	Raízes separadas e divergentes
Ligamento periodontal	Espesso	Estreito
Folículo	Largo	Fino
Osso	Elástico	Denso e rígido (Maior risco de fratura da tuberosidade)
Relação com segundo molar	Separado	Em contacto
Relação com o seio maxilar	Separado	Próximo
Tipo de impactação	Submucoso	Intraósseo

**TABELA III: FATORES QUE DETERMINAM O GRAU DE DIFICULDADE DA EXTRAÇÃO DE 3Ms MANDIBULARES
(ADAPTADO DE PETERSON ET AL., SEM AUTORIZAÇÃO DO AUTOR)**

Parâmetros	Menor grau de dificuldade	Maior grau de dificuldade
Angulação	Mesioangular	Distoangular
Relação com ramo mandibular	Classe I	Classe III
Profundidade	Classe A	Classe C
Formação das raízes	1/3 a 2/3 das raízes formadas	Raízes formadas, longas e finas
Morfologia das raízes	Fusionadas	Raízes separadas e divergentes
Ligamento periodontal	Espesso	Estreito
Folículo	Largo	Fino
Osso	Elástico	Denso e rígido
Relação com segundo molar	Separado	Em contacto
Relação com o NAI	Separado	Próximo
Tipo de impactação	Submucoso	Intraósseo

III.2: CONSENTIMENTO INFORMADO

Segundo o artigo 17º do código deontológico da Ordem dos Médicos Dentistas (OMD), o médico deve esclarecer o paciente sobre o seu diagnóstico, a realização de exames complementares de diagnóstico, tratamento, benefício do tratamento, complicações, riscos e tratamentos alternativos; sem prometer garantias de sucesso total⁽¹⁷⁾. Antes de começar qualquer procedimento, o médico dentista deve ter obtido autorização do paciente, após a explicação e discussão de todo o procedimento ⁽¹⁸⁻²⁰⁾. Segundo Marei et al, deve ser incluindo no consentimento todo o tipo de complicações que apresenta danos temporários com incidência superior à 5% e danos permanentes com incidência superior a 0,5%⁽²¹⁾.

Na prática comum da medicina dentária, o consentimento informado escrito não é obrigatório, sendo que o médico deve explicar, esclarecer e obter consentimento

do paciente verbalmente ⁽²²⁾. No entanto, muitos autores defendem a obtenção de consentimento verbal e escrito. A obtenção de consentimento verbal permite ao doente obter mais informação, esclarecendo as suas dúvidas e permitindo um melhor relacionamento médico-paciente. O consentimento escrito permite relembrar de forma sumariada, todos os conceitos anteriormente falados para além de obter uma prova física do consentimento^(23, 24).

III.3: REFERENCIAÇÃO DO CASO A UM ESPECIALISTA:

Segundo o artigo 15º do código deontológico da OMD, o médico dentista tem a obrigação de referenciar o paciente à outro profissional, quando não possuir a experiência ou formação necessária. Deve ser demonstrado ao paciente, o motivo do reencaminhamento, os benefícios e a diminuição do risco de dano⁽¹⁷⁾.

De facto, segundo Koskela, Suomalainen et al., na extração dos 3Ms, as queixas de má prática clínica apresentam-se mais elevadas, quando exercidas por médicos dentistas generalistas (78%) comparando com cirurgiões maxilo-faciais (15%) e especialistas em medicina dentária (7%). Para além disso, metade dos casos, tinham sido efetuados por profissionais com menos de 10 anos de experiência⁽²⁵⁾.

III.4: COMPLICAÇÕES E RISCOS INERENTES À EXTRAÇÃO DOS TERCEIROS MOLARES

A incidência de complicações na extração de 3Ms é muito mais elevada do que as que ocorrem na extração de outras peças dentárias⁽²⁵⁾. As complicações relatadas após a extração dos 3Ms variam entre 4,6 a 30,9%⁽²⁶⁾, devido à grande variabilidade anatômica destes, à relação com estruturas anatômicas adjacentes, ao seu difícil acesso, entre outros. É de extrema importância discutir com o paciente as possíveis complicações que podem ocorrer, as quais passamos a descrever.

III.4.1: COMPLICAÇÕES INTRA-OPERATÓRIAS:

III.4.1.1: LESÕES DOS TECIDOS MOLES:

Estas lesões podem ser uma rutura do retalho da mucosa, ferida por punção e lesão por estiramento excessivo ou abrasão^(4, 11). Muitas das vezes, ocorrem devido a um tamanho ou desenho inadequado do retalho, forças excessivas, falta de controlo do instrumental cirúrgico, falta de proteção dos tecidos aquando do uso de instrumentos rotativos e falta de hidratação dos tecidos.

A prevenção passa pela realização de retalhos com a base maior do que altura, não repuxar demasiado os tecidos, usar forças controladas com uma mão ou dedo de suporte, e afastar os tecidos com afastadores apropriados.

O tratamento das lesões consiste na pressão direta para diminuir a hemorragia; na sutura dos tecidos, se necessária, sem tensão e com devido apoio ósseo e o uso de gel com clorhexidina para evitar a infeção da ferida^(4, 11).

III.4.1.2: COMPLICAÇÕES COM OS DENTES EXTRAÍDOS:

III.4.1.2.1: FRATURA DAS RAÍZES:

É uma das complicações mais frequentes no ato da extração dos 3M. Ocorre com maior frequência em casos de raízes divergentes, curvadas e compridas envolvidas num osso denso e pouco elástico. Nestas circunstâncias, opta-se por uma técnica cirúrgica aberta com osteotomia e odontosecção de forma a diminuir o risco de fratura e dificuldade de remoção das raízes^(4, 11).

III.4.1.2.2: DESLOCAMENTO DAS RAÍZES / DENTES EM ESPAÇOS ANATÓMICOS:

O deslocamento dos 3Ms em espaços anatómicos é de ocorrência rara⁽²⁶⁾. Os 3Ms maxilares podem ser deslocados para o espaço infratemporal e para o seio maxilar, muitas vezes, devido à força apical excessiva e uso inadequado dos instrumentos cirúrgicos. O deslocamento para ao seio maxilar, ocorre com maior frequência, devendo efetuar-se a remoção da peça dentária. Para isso, deve

inicialmente tentar-se aspirar a peça, irrigando o seio com soro fisiológico. Se não se conseguir remover o dente, deverá programar-se nova cirurgia para a sua remoção, prescrevendo um antibiótico e um descongestionante nasal, e referenciar o paciente para um cirurgião maxilofacial^(4, 11).

Os 3Ms mandibulares podem ser deslocados para o espaço sublingual, submandibular, pterigomandibular e faríngeo lateral, particularmente quando o 3M se encontra numa posição distolingual e quando a cortical lingual é fina. Neste caso, deve-se tentar remover a peça dentária, tendo extremo cuidado para não lesar o nervo lingual que se encontra na proximidade.

A terapêutica pode passar pela monitorização (sendo que no caso de alguma infeção estar presente, deverá ser extraído), ou adiar a extração até ocorrer a fibrose, facilitando a localização da peça tanto clinicamente como radiograficamente. De igual modo, deverá ser ponderado pelo cirurgião os riscos e benefícios para esta segunda intervenção^(4, 11).

Para prevenir esta ocorrência, deve-se usar forças controladas e a mão contra-lateral para apoiar as corticais ósseas, possibilitando uma melhor noção dos movimentos exercidos e controlar a integridade das paredes ósseas.

Outra complicação é a aspiração ou deglutição, dos 3Ms, para o trato respiratório ou trato digestivo, respetivamente. Nesta situação, o cirurgião deve incentivar o paciente a tossir ou cuspir o dente. Se isto não resultar, o médico dentista deve reencaminhar o paciente para um serviço de urgência, onde a situação será avaliada⁽²⁶⁾.

III.4.1.3: COMPLICAÇÕES NOS DENTES ADJACENTES:

O médico dentista não se deve focar unicamente no dente em si à extrair, deve também estudar as possíveis consequências que a intervenção pode causar nos dentes adjacentes. Se o cirurgião observar algum fator de risco para esta ocorrência, o paciente deverá ser avisado.

III.4.1.3.1: FRATURA DE RESTAURAÇÕES/DENTES ADJACENTES:

Dentes com restaurações ou cáries extensas apresentam maior risco de fratura aquando do uso da alavanca durante a luxação. Estima-se que em 0,3-0,4% dos casos existe algum tipo de dano numa restauração do segundo molar (2M) e considera-se que em mais de 50% existe algum dano periodontal permanente⁽²⁷⁾.

Existem também relatos de fratura de dentes anteriores devido a um uso desapropriado da alavanca^(4, 11).

III.4.1.3.2: LUXAÇÃO E DANO NOS DENTES ADJACENTES:

O uso inadvertido da alavanca pode provocar danos consideráveis no dente adjacente, designadamente a luxação ou avulsão. Nestas circunstâncias, o dente deverá ser reposicionado e fixado com uma contenção maleável ou com sutura⁽²⁶⁾.

Durante a osteotomia ou odontosecção, é passível de ocorrer lesão da coroa ou raiz distal do 2M. De modo a ser evitada, deve manter-se o campo operatório limpo e com máxima visibilidade, usando brocas de tamanho adequado^(4, 11, 27).

III.4.1.4: LESÕES DAS ESTRUTURAS ÓSSEAS:

Na extração de um dente é necessário a expansão do osso circundante, e quando levado ao seu limite, pode resultar em fratura óssea. Durante a extração dos 3Ms, em 2 a 4 % dos casos ocorre algum tipo de fratura óssea maxilar e mandibular⁽²⁷⁾.

III.4.1.4.1: FRATURA DO PROCESSO ALVEOLAR:

A fratura do processo alveolar ocorre, na maioria das vezes, devido ao uso de força excessiva durante a luxação com o boticão, provocando a extração do dente com a cortical óssea aderida. Esta complicação ocorre, maioritariamente, na cortical vestibular dos 3Ms maxilares porque esta é mais fina^(4, 11).

A prevenção passa pela análise radiográfica da presença de raízes largas, curvadas ou divergentes ou falta de visualização do ligamento periodontal sugestiva de anquilose. Neste contexto é de prever que sejam necessárias forças de maior magnitude para a extração, o que poderá levar a fraturas das raízes ou da cortical óssea. A remoção do dente pela técnica aberta, onde se realiza levantamento de retalho, osteotomia e secção do dente em vários fragmentos, diminui o risco de fratura da cortical.^(4, 11)

III.4.1.4.2: FRATURA DA TUBEROSIDADE MAXILAR:

A fratura da tuberosidade maxilar dá-se, maioritariamente, durante a extração de 3Ms maxilares totalmente erupcionados. Apresenta uma incidência de 0,6%⁽²⁶⁾.

Deve, no estudo pré-operatório, avaliar-se a proximidade do seio maxilar e a espessura do osso entre este e o 3M, para além da morfologia do dente. Como prevenção, o uso da alavanca para romper o ligamento periodontal deve ser cauteloso, separando o dente da tuberosidade maxilar. Durante este processo é importante a palpação da tuberosidade de forma a avaliar a expansão da cortical e a ocorrência de alguma fratura. Se se preveem forças elevadas, deve-se optar pela técnica aberta associada a osteotomia e odontosecção.

A fratura da tuberosidade maxilar torna-se problemática em pacientes que ponderam algum tipo de reabilitação removível, na medida em que a estabilidade desta passa pela tuberosidade maxilar. Esta fratura, pode também resultar numa comunicação oro-antral.^(4, 11, 26)

III.4.1.4.3: COMUNICAÇÃO/FÍSTULA ORO-ANTRAL (COA/FOA):

Quando o seio maxilar (SM) se apresenta pneumatizado, a falta de osso entre as raízes do 3M e o SM e/ou a divergência acentuada das raízes, resulta numa maior probabilidade que o solo do SM seja removido com o dente, criando uma comunicação oro-antral (COA). Esta COA pode levar a dois tipos de sequelas: a uma sinusite pós-operatória ou à formação de uma fístula oro-antral (FOA) crónica^(4, 11). Durante a exodontia de um 3M maxilar, estima-se que em 0,008 a 0,25 % dos casos ocorra uma COA⁽²⁶⁾. Novamente, o estudo pré-operatório rigoroso é mandatório, e se possível, deve realizar-se a extração em idades precoces com odontosecção, evitando demasiada pressão apical aquando a luxação com alavancas e boticões^(4, 11, 27).

III.4.1.4.4: FRATURA DA MANDIBULA:

Segundo Hanson, Cummings et al., a presença do siso mandibular duplica o risco de fratura angular da mandíbula⁽²⁸⁾. Giovacchini, Paradiso et al. acrescentam que o risco é mais elevado em indivíduos com 3Ms em Classe II e III e em Classe C (ou seja em sisos com maior profundidade de inclusão e mais contidos no ramo mandibular)⁽²⁹⁾. Adicionalmente, em 3Ms profundamente inclusos, uma força menor pode provocar uma fratura angular^(28, 29).

A fratura da mandíbula após remoção dos 3Ms mandibulares tem uma incidência muito baixa de 0,0049%⁽²⁶⁾. Ocorre principalmente durante ou após a

remoção de um 3M mandibular, devido à ampla osteotomia, odontosecção insuficiente, à presença de quistos ou tumores de grandes dimensões, anquilose, atrofia mandibular (principalmente em idades avançadas), reabsorções ósseas (osteoporose), entre outros, resultando no enfraquecimento da região do ângulo da mandíbula^(4, 11, 15, 26-28).

O risco de fratura angular deve ser avaliado através do exame clínico e radiográfico. Mais uma vez, é aconselhado o uso de forças controladas, o apoio da mandíbula com a mão contra-lateral e não realização de uma osteotomia excessiva. Naqueles pacientes com atrofia mandibular ou elevado risco de fratura, aconselha-se uma dieta mole nas semanas seguintes à cirurgia, já que, em muitos casos, as fraturas acontecem 1 a 3 semanas após a cirurgia⁽²⁶⁾. Em casos de quistos de grandes dimensões, é indicado, antes de a extração, efetuar a marsupialização, para diminuir tamanho do quisto e obter formação de osso⁽²⁶⁾.

Na ocorrência de uma fratura mandibular, o paciente necessita ser referenciado a um especialista, onde se efetuará a redução mandibular e fixação intermaxilar⁽⁴⁾.

III.4.1.5: LESÕES DE ESTRUTURAS NERVOSAS:

A extração dos sisos é causa de 52,1% das lesões nervosas em cirurgia oral. Os fatores de risco associados são a idade, etnia, duração/dificuldade da cirurgia, experiência do cirurgião, acesso operatório, exposição do nervo durante cirurgia, tipo de impactação, proximidade com estruturas nervosas, sinais radiográficos de proximidade com o nervo, entre outros⁽³⁰⁻³²⁾. Os danos nervosos podem ocorrer tanto em troncos motores como em sensitivos, sendo que os últimos são mais comuns⁽⁴⁾.

O V par craniano é o mais frequentemente lesado, mais especificamente o nervo lingual (NL), o nervo alveolar inferior (NAI), o nervo bucal e o nervo mentoneano, sendo que os dois primeiros tem incidência mais elevada⁽⁴⁾.

A lesão de uma estrutura nervosa pode causar sensação de anestesia (ausência de sensibilidade na região inervada), hipostesia (diminuição da sensibilidade na região inervada), parestesia (sensibilidade alterada na região inervado tal como sensação de formigueiro, vibração), disestesia (sensibilidade alterada associada a dor – ardor, ardência, dor elétrica, sensibilidade ao frio e quente.) e hiperestesia (aumento de sensibilidade na região inervada.)^(4, 31).

Na monitorização do caso é necessário avaliar a função sensitiva através de testes (teste de punção com sonda, teste táctil com ponta de pincel, teste proprioceptivo discriminativo de dois pontos, teste térmico com pontas afiada, entre outros), sendo que a área com sensação prejudicada deve ser delimitada e registada fotograficamente, para posterior comparação entre cada sessão^(4, 14).

III.4.1.5.1: LESÃO DO NERVO LINGUAL:

A incidência da lesão do NL varia entre 0,4 e 25% após a extração de um 3M mandibular⁽¹²⁾. A incidência do dano temporário varia entre 1 a 20% e a do dano permanente entre os 0 a 2%⁽³⁰⁾. De facto, 88% das lesões do NL recuperam na totalidade, sendo que apresentam um melhor prognóstico do que as lesões do NAI⁽³¹⁾. No caso do dano se prolongar para além de 8 semanas, o risco de dano permanente sobe consideravelmente.⁽³⁰⁾

A lesão do NL pode ocorrer aquando da anestesia, da incisão, da elevação do retalho, da retração do retalho, da odontosecção, da osteotomia, da avulsão e da sutura⁽³¹⁾. Os factores de risco para a lesão do NL são a execução de retalhos por via língua, a profundidade de impactação e 3Ms lingualizados⁽³¹⁾.

Segundo Juodzbaly e Daugela, através do estudo pré operatório e da OPG, é possível determinar o grau de risco de lesão do NL e quais são as medidas operatórias indicadas (Tabela IV) ⁽¹²⁾.

TABELA IV - AVALIAÇÃO DO GRAU DE RISCO DE LESÃO DO NL E NAI (ADAPTADO DE JUODZBALYS AND DAUGELA 2013, SEM AUTORIZAÇÃO DO AUTOR)

Posição do 3M mandibular	Grau de risco da intervenção cirúrgica			
	Convencional (0)	Baixo (1)	Moderado (2)	Elevado (3)
Posição apico-coronal em relação a crista alveolar (A) e ao canal mandibular (C) – (Risco de lesão do NAI)				
A - Relação com a crista alveolar adjacente (considerando o ponto mais superior do dente)	Completamente erupcionado	Parcialmente impactado (maior parte da coroa acima da crista)	Parcialmente impactado (maior parte da coroa abaixo da crista)	Completamente incluso no osso
C – Relação com o canal mandibular (Considerando o ponto mais inferior do dente)	Distância ≥ 3mm do canal mandibular (CM)	Contacto ou sobreposição com o CM, mas cortical óssea do canal identificada	Contacto ou sobreposição com o CM, mas cortical óssea do canal não é identificada	Raízes envolvem o CM
Posição vestibulo-lingual em relação as paredes ósseas lingual e vestibular (B) (risco de lesão do NL)				
B- Relação com as paredes ósseas lingual e vestibular	Próximo da parede vestibular	Equidistante da parede vestibular e lingual	Próximo da parede lingual	Próximo da parede lingual associado a 3Ms inclusos ou semi-inclusos (A2 ou A3)
Medidas operatórias preventivas				
Procedimento a efetuar consoante o grau de risco	Extração convencional	Coronectomia + secção das raízes, pode ser necessário osteotomia		Complicado, necessidade de maior estudo pré-operatório, avaliar riscos e benefícios, cirurgia com odontosecção repetida do dente e osteotomia.

III.4.1.5.2: LESÃO DO NERVO ALVEOLAR INFERIOR:

A lesão do NAI, após a extração de um siso mandibular, tem uma incidência que varia de 0,26 a 8,4 %⁽³¹⁾. A lesão transitória do NAI tem uma incidência de 8% e as lesões permanentes menos de 1% ⁽³³⁾. A maioria dos pacientes recupera espontaneamente, no entanto, se após 6 meses não se verificar nenhuma melhoria, a probabilidade da lesão ser permanente aumenta consideravelmente^(12, 31).

A lesão do NAI pode ocorrer por compressão direta ou indireta do nervo, trauma direto com alavanca ou broca durante a cirurgia, trauma indireto com deslocação da raiz ou falta de proteção, compressão do nervo devido a inflamação periférica, entre outros⁽³⁴⁾.

Durante o estudo pré-operatório, existem sinais radiográficos que determinam alguma proximidade entre o canal mandibular (CM) e o 3M. Estes sinais apresentam-se ilustrados na figura 4^(31, 33-35).

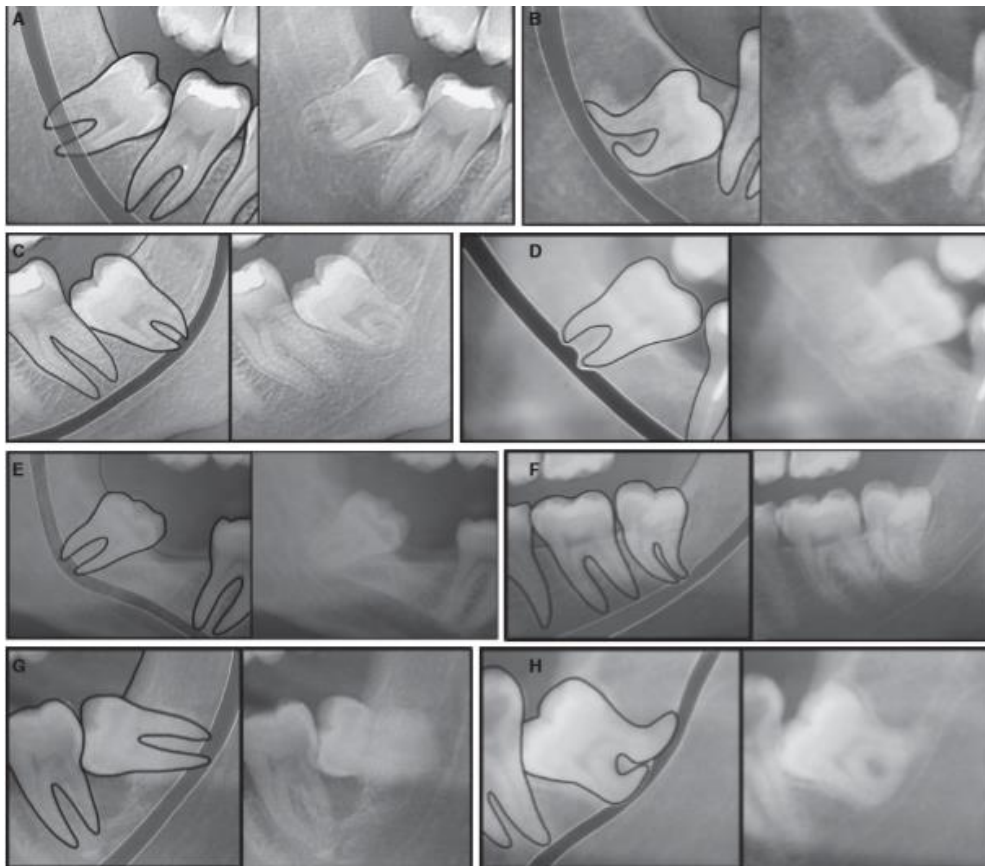


FIGURA 4 - SINAIS RADIOGRÁFICOS PREDITIVOS DE PROXIMIDADE ENTRE O 3M E CM (JUODZBALYS AND DAUGELA 2013, SEM AUTORIZAÇÃO DO AUTOR):

A – Escurecimento da raiz;;B – Deflexão da raiz; C – Estreitamento da raiz; D – Ápice da raiz bífida e escurecida; E – Desvio do CM; F – Estreitamento do CM; G – Interrupção da cortical do CM; H – conjunto dos sinais B, E, F, G

Da mesma forma que para o NL, através do estudo pré operatório e da OPG, é possível determinar o grau de risco de lesão do NAI (Tabela IV) e quais são as medidas operatórias a executar nestes casos⁽¹²⁾.

No caso de relação íntima entre o siso mandibular e o NAI, deve optar-se por técnicas alternativas (extrusão ortodôntica do 3M seguida de extração dos 3Ms, extrusão através do desgaste coronal seguida da exodontia ou coronectomia)⁽¹²⁾.

III.4.1.6: LUXAÇÃO DA ARTICULAÇÃO TEMPOROMANDIBULAR (ATM):

A luxação da ATM aparenta estar relacionada com o longo período de abertura da boca, técnica cirúrgica inadequada e por forças excessivas e variáveis na mandíbula⁽²⁶⁾.

Nestes casos deve efetuar-se manualmente a redução mandibular, sendo que esta deverá ser rápida e eficaz, para evitar o espasmo muscular que dificulta a realização da manobra.

De modo a prevenir, antes de qualquer intervenção deve-se examinar a ATM. No ato cirúrgico é recomendado apoiar a mandíbula com a mão contra-lateral, com controlo das forças aplicadas; o uso de abre-bocas permite também uma posição mais confortável com menos força muscular exercida^(4, 26).

III.4.2: COMPLICAÇÕES PÓS-OPERATÓRIAS:

Após a extração dos 3Ms, o paciente refere muitas vezes dor, edema e trismo⁽²⁶⁾. No entanto, são consequências esperadas e de carácter temporário, pelo que não são consideradas verdadeiras complicações pós-operatórias ^(15, 26).

Estão descritas, porém, outras consequências, que passamos a descrever.

III.4.2.1: DEISCÊNCIA DO RETALHO:

A deiscência do retalho pode ocorrer devido a uma infeção da ferida operatória, uma sutura de baixa tensão em cima de um tecido pouco vascularizado ou a trauma extenso durante a cirurgia⁽⁴⁾. O uso de uma técnica atraumática, uma sutura sem tensão, e o reposicionamento do retalho sobre tecidos devidamente vascularizados são fatores que evitam esta ocorrência. Também é importante a manutenção de um bom nível de higiene oral para evitar uma infeção da ferida.

Perante esta dificuldade, o médico dentista deve ponderar repetir a sutura ou realizar a desepitelização das margens e espera pela cicatrização⁽⁴⁾.

III.4.2.2: OSTEITE ALVÉOLAR:

A osteíte alveolar (OA) ocorre em 2% da extração de 3Ms, sendo mais frequente na extração dos inclusos (20%)⁽¹¹⁾. Caracteriza-se por uma dor severa ou moderada, 3 ou 4 dias após a extração, sem sinais de infecção. A sua ocorrência está associada ao uso de contraceptivos orais, à idade avançada, ao consumo de tabaco, à má higiene oral, às cirurgias complexas, pericoronite, entre outros⁽¹¹⁾. Uma cirurgia atraumática e evitar contaminação na área cirúrgica minimizam a probabilidade desta ocorrência. Perante esta situação, o médico dentista deve irrigar o alvéolo com soro fisiológico e/ou antibiótico tópico^(4, 26).

III.4.2.3: INFEÇÃO:

É uma complicação relativamente rara (0,8 a 4,2%), sendo que ocorre com maior frequência na extração associada à realização de retalho e osteotomia⁽²⁶⁾. Durante o procedimento, deve considerar-se a assepsia, correta irrigação da osteotomia e realização de curetagem para remoção de resíduos. O não tratamento da infecção pode resultar na extensão da mesma, e ter consequências drásticas no paciente. O tratamento consiste na drenagem cirúrgica e prescrição de antibióticos. O benefício dos antibióticos sistêmicos perioperatorios ou pós operatórios é questionável^(4, 26). De facto existem estudo que consideram que a toma profilática de antibióticos diminuem a prevalência pós operatória de OA ou infecção, enquanto outros estimam que em indivíduos saudáveis estes não apresentam benefícios consideráveis que justificam a sua toma^(36, 37).

III.4.2.4: HEMORRAGIAS:

A hemorragia é uma complicação que pode ser classificada em intra ou pós-operatória, com causas locais (lesão de tecidos ou vasos) ou sistêmicas (hemofilia A e B, Doença de Von Willebrand, toma de anticoagulante ou antiagregantes plaquetários, entre outros). A incidência varia de 0,2 a 5,8%⁽²⁶⁾, sendo que a hemorragia

intraoperatória é mais frequente. No caso da extração dos sisos, a incidência aumenta nos disto-angulados e inclusos⁽²⁶⁾.

Uma vez mais, uma boa recolha da história clínica é fundamental, sendo, por vezes, a colaboração do médico assistente, indispensável.

Devem realizar-se cirurgias atraumáticas, controlando a hemorragia com pressão direta e sutura adequada. Em pacientes de risco, para além da pressão exercida com gazes, pode usar-se hemostáticos locais (esponja de gelatina reabsorvível, agente hemostático de celulose oxidada, entre outros) permitindo um melhor controlo da hemorragia. Se o sangramento persistir, deve identificar-se a origem. Se for proveniente dos tecidos moles ou das artérias de pequeno calibre, pode realizar-se cauterização^(4, 11, 26).

III.5: RESPONSABILIDADE MÉDICA NO ÂMBITO DO DIREITO CIVIL:

. Para comprovar a existência de responsabilidade médica, é necessário confirmar, entre outras coisas, a presença de nexo de causalidade entre um ato prejudicial e um dano⁽²²⁾. Segundo a lei nº82/2014 de 30.12 do Código Civil, *“Aquele que, com dolo ou mera culpa, violar ilicitamente o direito de outrem ou qualquer disposição legal destinada a proteger interesses alheios fica obrigado a indemnizar o lesado pelos danos resultantes da violação.”*⁽³⁸⁾

O erro médico-dentário pode ocorrer por falta de prevenção, falta de competência, imprudência, negligência e por falta de acompanhamento do caso⁽²²⁾. O artigo 8º do código deontológico da OMD refere, *“O médico dentista poderá ser responsabilizado pela prestação de atos médico-dentários manifestamente desadequados, bem como pela prestação manifestamente desadequada de atos médico-dentários, quando dadas as circunstâncias concretas do caso lhe era objetivamente exigível a atuação de forma distinta”*⁽¹⁷⁾.

O paciente pode contestar vários passos do planeamento clínico, como alegar não ter consentido o tratamento, que o seu caso não foi devidamente analisado, que o tratamento realizado não era o adequado, a falta de acompanhamento e a negligência do médico.^(22, 30)

Em casos de danos com material médico dentário, segundo o nº2 do artigo 493º do Código Civil “*Quem causar danos a outrem no exercício de uma atividade, perigosa por sua própria natureza ou pela natureza dos meios utilizados, é obrigado a repará-los, exceto se demonstrar que empregou todas as providências exigidas pelas circunstâncias com o fim de os prevenir*”⁽³⁸⁾.

Para sua defesa, é importante o médico dentista ter os casos devidamente documentados, como forma de comprovação do que foi efetuado em cada consulta. Na realidade, segundo o artigo 20º do Código Deontológico da OMD, o médico dentista deve ter uma ficha clínica de cada paciente, com a informação deste, o diagnóstico, os tratamentos efetuados discriminando o profissional e qualquer anotação clínica revelante⁽¹⁷⁾. De facto, estes dados podem ser uma forma de comprovar o que foi realmente efetuado e discutido com o paciente, visto que estes dados podem vir a ser usados no âmbito de um processo.

Como já foi referido, o médico dentista só poderá ser responsabilizado no caso de se avaliar a presença de um dano relacionado com a prática de um ato prejudicial. Deste modo, perante um processo civil, deve ser avaliado o dano na pessoa e a sua relação com o ato considerado prejudicial⁽²²⁾.

As sanções, no âmbito civil, tem como objetivo restabelecer o estado anterior do paciente, antes do dano ter ocorrido. Para o efeito, deve-se levar a cabo uma perícia médico-legal.

III.6: AVALIAÇÃO DO DANO OROFACIAL EM DIREITO CIVIL:

Perante um paciente que apresenta um dano, não poderá ser avaliado unicamente a lesão, mas também as repercussões deste em vários níveis, nomeadamente o corpo, as funções e as situações de vida.

Deve ser efetuado, pelo médico legista, um relatório pormenorizado do dano no indivíduo, onde se avalia o nexo de causalidade e as repercussões que este tem na vida do mesmo⁽³⁹⁾.

III.6.1.RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO DO DANO EM DIREITO CIVIL:

O relatório pericial deverá fazer uma descrição clara, sucinta, objetiva, detalhada e organizada do dano apresentado. Na avaliação do dano considera-se a pessoa como um todo, avaliando o seu impacto no corpo (aspeto biológico,

histológico, fisiológico, morfológico e genético), nas funções (impacto na capacidade física e mental do paciente relacionado com a idade e sexo do paciente, independente do meio ambiente) e das situações da vida (repercussões do dano no indivíduo à nível das atividades diárias, familiares, sociais, trabalho e educação sendo influenciado por fatores pessoais e meio ambiente).

III.6.2. PARAMETROS DE DANO NA PESSOA

Podemos distinguir dois tipos de danos, os patrimoniais e os extra-patrimoniais⁽³⁹⁻⁴¹⁾. Os danos patrimoniais são aqueles que têm consequências prejudiciais no património do lesado. Os prejuízos podem ser caracterizados por um dano emergente (Custos direcionados ao tratamento), lucro cessante (benefício que o paciente deixou de receber desde o dano) e danos futuros (consequências previsíveis que venham a estabelecer-se). Estes podem ser diretamente ou indiretamente indemnizados, tendo como referência o estado anterior⁽³⁹⁻⁴¹⁾. Os danos extra-patrimoniais caracterizam-se por atingirem bens imateriais (bem-estar, liberdade, beleza, honra, entre outros) de natureza física, psíquica e estética.

A avaliação de danos executa-se em dois períodos distintos:⁽³⁹⁻⁴³⁾

- Danos temporários que se encontram num período entre a data do evento e a consolidação médico-legal.
- Danos permanentes são aqueles que seguem a consolidação médico-legal.

Neste trabalho vamos focar nos danos permanentes que se encontram descritos na tabela V^(39-42, 44).

A tabela de incapacidades em Direito Civil do Decreto-Lei n.º 352/2007, D.R. n.º 204, Série I de 2007-10-23, inspira-se da tabela da União Europeia, quantificando de 0 a 100 a incapacidade do indivíduo, sendo depois atribuído um valor de indemnização. Nas circunstâncias em que o dano a apreciar se reveste de particularidades relacionadas com áreas específicas da medicina, o legislador prevê que as perícias sejam realizadas por detentores da competência em avaliação do dano corporal, especialistas na área onde se insere a avaliação. Tal é, frequentemente, o caso das perícias na área da medicina dentária. Na Figura 5 está reproduzido um excerto dessa tabela, em específico, o capítulo da estomatologia ⁽⁴⁵⁾.

TABELA V - PARÂMETROS DOS DANOS PERMANENTES (TERESA MAGALHÃES 2007 E CALDAS 2008)

Parâmetros dos danos permanentes	Descrição	Avaliação
Incapacidade Permanente Geral	Incapacidade parcial ou total de concretizar com certa autonomia situações da vida diária, familiar e social (não relacionada com situação profissional)	Avaliação das sequelas do caso concreto, nos três níveis (corpo, funções e situações da vida) aliado à consulta da tabela de incapacidades em Direito Civil (Dano extra-patrimonial)
Dano Futuro	Agravamento previsível das sequelas que pode aumentar a incapacidade	Evolução lógica do quadro clínico ou nova avaliação a posterior (Dano extra-patrimonial)
Rebate Profissional	Incapacidade parcial ou total de concretizar com certa autonomia a sua atividade profissional	a) Compatibilidade com exercício da atividade profissional b) Compatibilidade com exercício da atividade profissional mas implica esforço c) Incompatibilidade com exercício da profissão, sendo no entanto compatível com outras profissões da área d) Incompatibilidade com exercício da profissão, não sendo compatível com outras profissões da área (Dano patrimonial)
Dano estético	Impacto do dano, estático ou dinâmico, na percepção de si próprio e perante os outros, podendo resultar na degradação da sua imagem	Quantificado numa escala crescente com 7 graus de gravidade (Dano extra-patrimonial)
Prejuízo sexual	Impacto total ou parcial no desempenho de natureza sexual (Excluindo a capacidade de procriação)	Quantificado numa escala crescente com 7 graus de gravidade (Dano extra-patrimonial)
Prejuízo de afirmação pessoal	Incapacidade da vítima participar em atividades culturais, desportivas, de diversão, previamente exercidas, das quais sentia realização pessoal	Quantificado numa escala crescente com 5 graus de gravidade (Dano extra-patrimonial)
Dependências	Dependência devido ao dano, podendo ser temporária ou permanente	Avaliação da necessidade de ajudas medicamentosas, tratamentos médicos, ajudas técnicas, adaptação do domicílio/local de trabalho/ carro, ajuda de terceiras pessoas

C) Estomatologia

7 — Estomatologia:

As situações não contempladas neste capítulo, nomeadamente as de carácter excepcional, avaliam-se por analogia com as sequelas descritas e quantificadas.

No caso da aparelhagem móvel, reduzir as taxas propostas em 50 %. No caso de aparelhagem fixa, reduzir as taxas propostas em 75 %. A colocação de implantes determina apenas a atribuição de uma taxa entre 1 e 3.

Código		Valorização em pontos
Sc0701	Edentação completa insusceptível de correcção por prótese (atendendo à repercussão sobre o estado geral.)	20 a 28
Sc0702	Perda de dente insusceptível de correcção por prótese:	1
Sc0703	Incisivo ou canino Prémolar ou molar	1,5
Sc0704	Disfunções mandibulares.	21 a 30
Sc0705	Limitação da abertura bucal igual ou inferior a 10 mm.	6 a 20
Sc0706	Limitação da abertura bucal entre 10 e 30 mm Limitação da abertura bucal entre 31 e 40 mm (atendendo à bilateralidade, fenómenos dolorosos e perturbação da função)	até 5
Sc0707	Perturbação pós-traumática da oclusão dentária ou da articulação temporo-mandibular (segundo a repercussão sobre a mastigação, a fonação e as algias)	2 a 10
Sc0708	Amputação da parte móvel da língua. (tendo em consideração a repercussão sobre a palavra, a mastigação e a deglutição, segundo a importância das perturbações)	3 a 30

FIGURA 5 - TABELA INDICATIVA PARA A AVALIAÇÃO DA INCAPACIDADE EM DIREITO CIVIL, NO ÂMBITO DA ESTOMATOLOGIA (DECRETO-LEI N.º 352/2007).

Face		
Código		Valorização em pontos
Na0201	Afectação do nervo trigémio (segundo a repercussão funcional, tendo em conta o compromisso sensitivo/motor.)	2 a 10

FIGURA 6 - TABELA INDICATIVA PARA A AVALIAÇÃO DA INCAPACIDADE EM DIREITO CIVIL, RELACIONADO COM LESÕES DO V PAR CRANIANO (DECRETO-LEI N.º 352/2007).

Na Figura 6, encontra-se valorizado a incapacidade motora e sensitiva relativo à lesão do nervo trigémio e aos seus ramos⁽⁴⁵⁾.

A título de exemplo, abordaram-se as lesões nervosas, as lesões da ATM e a fratura mandibular, como objeto de desvalorização.

O dano nervoso (NAI ou NL) configura uma desvalorização a variar entre 2 a 10 pontos⁽⁴¹⁾. Este dano apresenta repercussões na função (como na mastigação, deglutição, discriminação do conteúdo oral, articulação das palavras, nas mímicas faciais, prender com os dentes ou lábios) e nas situações de vida (como comer, beber, ter tratamentos dentários, falar, sorrir, rir, relacionar-se com pessoas, tocar instrumento, entre outros). O rebate profissional dever ser também tomado em conta,

sendo que este varia muito consoante o impacto funcional e a profissão (ex- O dano nervoso será de valorizar num músico, devido a repercussão que tem na profissão). No dano nervoso, também se pode verificar um dano estético (tanto estático – cicatriz devido a cirurgia- como dinâmico – desvio da boca, dificuldade em sorrir), sendo que este varia muito de individuo para individuo e em pessoas com profissões dependentes da estética. O dano nervoso pode também ter um impacto no desempenho sexual, na afirmação pessoal do individuo (Ex- maquilhar-se, tocar de um instrumento, entre outros.) e na dependência do individuo, sendo que neste ultimo caso, muita das vezes limita-se as ajudas medicamentosas e de tratamentos clínicos regulares^(30, 39, 44).

De facto, a lesão do NL e do NAI apresenta repercussões importantes na vida do paciente, estando estas esquematizadas na figura nº 7⁽³⁰⁾.

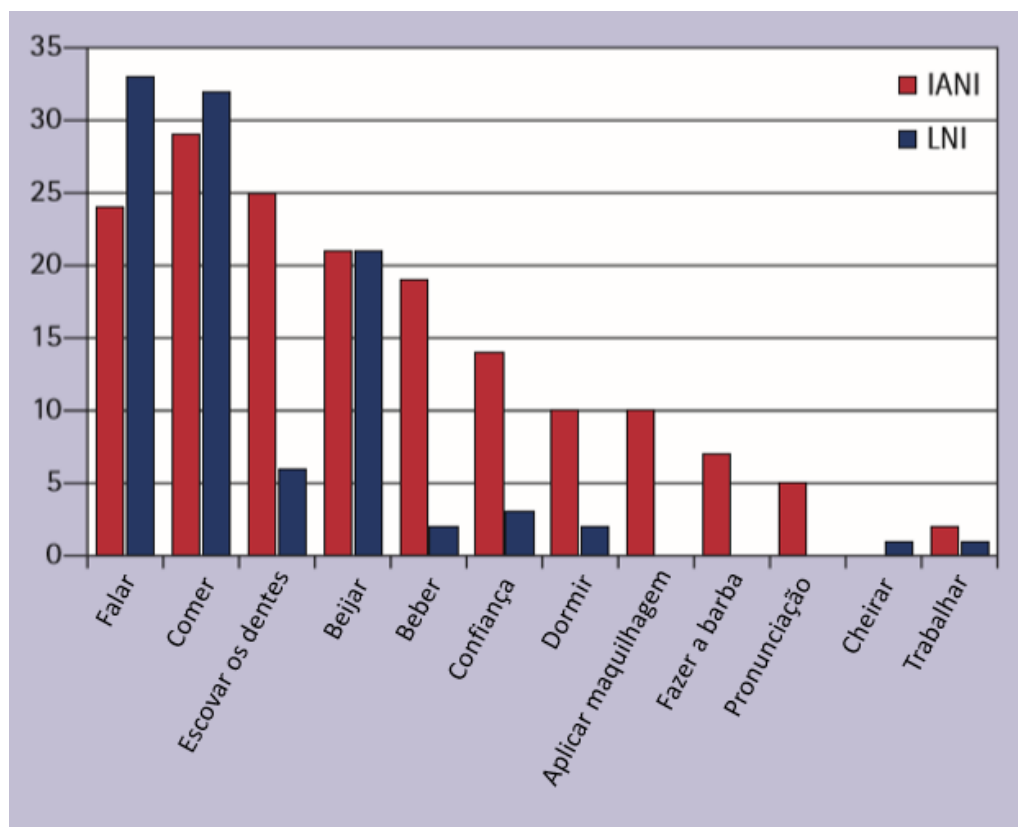


FIGURA 7 - PROBLEMAS FUNCIONAIS ASSOCIADOS A LESÃO DO NL E NAI (RENTON 2013, SEM AUTORIZAÇÃO DO AUTOR)

Outra complicação valorizada na Tabela Portuguesa, são os danos na ATM, que podem resultar em disfunção mandibular ou limitação de abertura que configura uma desvalorização entre 5 e 30 pontos⁽⁴¹⁾. Lesões na ATM têm repercussões na função (como na deglutição, mastigação, articulação de palavras, prender com os dentes, entre outros.) e situacionais (como comer, beber, efetuar tratamento dentários, morder, falar, comer em publico, tocar de um instrumento, entre outros). A nível do rebate profissional, a sua valorização dependerá mais uma vez da influência desta na profissão do lesado (ex- Cantor, ator por encontrar dificuldade na fala). Esta complicação pode também ser alvo de danos futuros, onde a uma degradação do quadro clínico (necessidade de intervenção cirúrgica, envolvimento do componente muscular, entre outros). Neste caso, o dano estético tem mais repercussões a nível dinâmico (ex- dificuldade em sorrir). Os danos da ATM também têm um impacto no desempenho sexual, na afirmação pessoal do indivíduo (Como discursar, tocar de um instrumento, entre outros.) e na dependência do indivíduo, sendo que neste ultimo caso, muita das vezes limita-se as ajudas medicamentosas (analgésico, relaxantes musculares, anti-inflamatórios) e de tratamentos clínicos regulares^(39-41, 44).

A fratura da mandíbula pode ter repercussões graves na vida do indivíduo, designadamente na abertura máxima da boca. Este dano configura uma desvalorização a variar entre 1 e 20 pontos, dependendo da gravidade da sequela e das suas repercussões na função (Ex- Mastigação, deglutição, articulação das palavras, cuspir, digestão, entre outras) e nas situações (Ex- Comer, beber, reter uma prótese, morder, mascar pastilha, discursar, rir, beijar, entre outros). A nível do rebate profissional, a sua quantificação dependerá da repercussão deste na profissão (Ex- Num modelo, este, apresentará uma valorização maior comparando com um pintor). Uma vez mais, esta sequela pode representar prejuízo sexual, na afirmação pessoal do indivíduo (Ex- Discursar, tocar de um instrumento, ir comer à um restaurante habitual, entre outros.) e na dependência do indivíduo, sendo que neste ultimo caso, muita das vezes limita-se as ajudas medicamentosas (analgésico, anti-inflamatórios, entre outros). Para além disso, é importante salientar que a fratura da mandíbula deve incluir a avaliação de possíveis danos futuros que resultam em degradação do quadro clínico (ex- Lesão do NAI subjacente à fratura mandibular, necrose subjacente à fratura da mandíbula, alteração da oclusão, danos na ATM, entre outros)^(39-41, 44).

Perante este panorama, é de salientar que a avaliação do dano em Medicina Dentária, relacionado com complicações cirúrgicas, ainda é pouco valorizado, dificultando a avaliação e quantificação das repercussões destas no indivíduo. Esta análise torna-se subjetiva e dá muitas vezes origem à subvalorização do dano na pessoa^(39, 41, 44).

IV. CONCLUSÃO

Sendo os terceiros molares, um dos dentes mais extraídos, é natural que a ocorrência de complicações, e consequentemente, de casos envolvendo responsabilidade médica, seja frequente. O médico dentista deve requerer especial cuidado no planejamento da sua extração, considerando a história médico-dentária do paciente, realizar os exames necessários para perceber as interações deste dentes com as estruturas envolvidas e tomar as medidas necessárias para evitar complicações. É de extrema importância, o tempo despendido na análise dos exames complementares, permitindo prever as possíveis dificuldades que podem ocorrer no ato cirúrgico, para modificação do procedimento e uso de técnicas adequadas ao caso.

Além disso, devem ser discutidas as várias opções de tratamento, benefícios e complicações. Em casos de complicações, é mandatório garantir a continuação do tratamento ou monitorização.

Na situação de danos decorrentes da extração dos terceiros molares, e sendo comprovado que o médico foi negligente e poderia ter evitado esta lesão, o médico dentista será responsável por tentar restituir, dentro das possibilidades, o estado anterior do paciente. Para isso, é necessário avaliar a repercussão do dano na pessoa, considerado o corpo mas de igual forma as funções e situações da vida. A perícia médico-legal subsequente deve avaliar o impacto deste tanto do ponto de vista patrimonial (Repercussão no trabalho, custo acrescidos do tratamento) como extra-patrimonial (Repercussões na vida social, de entretenimento, na sua própria percepção, estética, entre outros). É do interesse do médico dentista e do paciente, um bom planejamento do caso, a fim de evitar possíveis complicações, que levam a processos judiciais e à obrigação de pagar indenizações.

V. REFERÊNCIAS

1. Normando D. Third molars: To extract or not to extract? Dental Press Journal of Orthodontics. 2015;20(4):17-8.
2. Ghaeminia H, Perry J, Nienhuijs ME, Toedtling V, Tummers M, Hoppenreijns TJ, et al. Surgical removal versus retention for the management of asymptomatic disease-free impacted wisdom teeth. Cochrane Database Syst Rev. 2016(8):Cd003879.
3. Steed MB. The indications for third-molar extractions. Journal of the American Dental Association (1939). 2014;145(6):570-3.
4. Chiapasco M. Cirugía oral: texto y atlas en color. España 2004. 339-59 p.
5. Sigron GR, Pourmand PP, Mache B, Stadlinger B, Locher MC. The most common complications after wisdom-tooth removal: part 1: a retrospective study of 1,199 cases in the mandible. Swiss Dent J. 2014;124(10):1042-6, 52-6.
6. Pourmand PP, Sigron GR, Mache B, Stadlinger B, Locher MC. The most common complications after wisdom-tooth removal: part 2: a retrospective study of 1,562 cases in the maxilla. Swiss Dent J. 2014;124(10):1047-51, 57-61.
7. Dettmeyer R, Preuss J, Madea B. Malpractice--role of the forensic pathologist in Germany. Forensic science international. 2004;144(2-3):265-7.
8. Perea-Perez B, Labajo-Gonzalez E, Santiago-Saez A, Albarran-Juan E, Villa-Vigil A. Analysis of 415 adverse events in dental practice in Spain from 2000 to 2010. Medicina oral, patología oral y cirugía bucal. 2014;19(5):e500-5.
9. Hupp JR. Legal implications of third molar removal. Oral and maxillofacial surgery clinics of North America. 2007;19(1):129-36, viii.
10. Zanin AA, Herrera LM, Melani RF. Civil liability: characterization of the demand for lawsuits against dentists. Brazilian oral research [Internet]. 2016 Aug 18; 30(1):[91 p.].
11. Peterson LJ. Contemporary Oral and Maxillofacial Surgery. Universidade de Michigan: Mosby; 2003. 184-245 p.
12. Juodzbaly G, Daugela P. Mandibular third molar impaction: review of literature and a proposal of a classification. Journal of oral & maxillofacial research. 2013;4(2):e1.
13. Maia MM. Estudo de prevalência de terceiros molares inclusos e impactados numa população da UFP [Tese de Mestrado]. Porto: Universidade Fernando Pessoa; 2014.
14. Sarikov R, Juodzbaly G. Inferior alveolar nerve injury after mandibular third molar extraction: a literature review. Journal of oral & maxillofacial research. 2014;5(4):e1.
15. Rodríguez MD, Samper SB. Cirugía bucal: Patología y Técnica. 2ª Edição ed: España; 2005. 305-9; 29-50 p.
16. Rafetto LK. Managing Impacted Third Molars. Oral and maxillofacial surgery clinics of North America. 2015;27(3):363-71.
17. OMD. Código Deontológico da Ordem dos Médicos Dentistas Regulamento interno nº 2/99, publicado em Diário da República – II Serie, nº 143, de 22 de Junho, alterado pelo Regulamento interno nº 4/2006, publicado em DR-II Serie nº 103, de 29 de Maio [
18. Gocmen G, Atali O, Gonul O, Goker K. Impact of informed consent on patient decisions regarding third molar removal. Nigerian journal of clinical practice. 2017;20(2):158-62.

19. Badenoch-Jones EK, White BP, Lynham AJ. The Australian litigation landscape - oral and maxillofacial surgery and general dentistry (oral surgery procedures): an analysis of litigation cases. *Australian dental journal*. 2016;61(3):310-6.
20. Saúde ERd. Consentimento Informado 2014 [Available from: <https://www.ers.pt/pages/419>. Acesso em: 28 de Abril de 2018
21. Marei HF. Medical litigation in oral surgery practice: lessons learned from 20 lawsuits. *Journal of forensic and legal medicine*. 2013;20(4):223-5.
22. Pina JAE. A responsabilidade dos médicos: Lidel; 1998. 196 p.
23. Ferrus-Torres E, Valmaseda-Castellon E, Berini-Aytes L, Gay-Escoda C. Informed consent in oral surgery: the value of written information. *Journal of oral and maxillofacial surgery : official journal of the American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons*. 2011;69(1):54-8.
24. Britton D, Burns A, Hudyba S, Nugent M. Third molar consent forms: how comprehensive should they be? *The British journal of oral & maxillofacial surgery*. 2016;54(7):788-90.
25. Koskela S, Suomalainen A, Apajalahti S, Venta I. Malpractice claims related to tooth extractions. *Clinical oral investigations*. 2017;21(2):519-22.
26. Bouloux GF, Steed MB, Perciaccante VJ. Complications of third molar surgery. *Oral and maxillofacial surgery clinics of North America*. 2007;19(1):117-28, vii.
27. No author listed. Current clinical practice and parameters of care the management of patients with third molar (syn: wisdom) teeth Faculty of Dental Surgery1997 [Available from: <https://www.rcseng.ac.uk/-/media/files/rcs/fds/publications/3rdmolar.pdf>. Acesso em: 15 de Março de 2018
28. Hanson BP, Cummings P, Rivara FP, John MT. The association of third molars with mandibular angle fractures: a meta-analysis. *Journal (Canadian Dental Association)*. 2004;70(1):39-43.
29. Giovacchini F, Paradiso D, Bensi C, Belli S, Lomurno G, Tullio A. Association between third molar and mandibular angle fracture: A systematic review and meta-analysis. *Journal of cranio-maxillo-facial surgery : official publication of the European Association for Cranio-Maxillo-Facial Surgery*. 2018;46(4):558-65.
30. Renton T. Oral surgery: part 4. Minimising and managing nerve injuries and other complications. *British dental journal*. 2013;215(8):393-9.
31. Cespedes-Sanchez JM, Ayuso-Montero R, Mari-Roig A, Arranz-Obispo C, Lopez-Lopez J. The importance of a good evaluation in order to prevent oral nerve injuries: a review. *Acta odontologica Scandinavica*. 2014;72(3):161-7.
32. Mansoor J. Pre- and postoperative management techniques. Before and after. Part 2: the removal of third molars. *British dental journal*. 2015;218(5):279-84.
33. Su N, van Wijk A, Berkhout E, Sanderink G, De Lange J, Wang H, et al. Predictive Value of Panoramic Radiography for Injury of Inferior Alveolar Nerve After Mandibular Third Molar Surgery. *Journal of oral and maxillofacial surgery : official journal of the American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons*. 2017;75(4):663-79.
34. Liu W, Yin W, Zhang R, Li J, Zheng Y. Diagnostic value of panoramic radiography in predicting inferior alveolar nerve injury after mandibular third molar extraction: a meta-analysis. *Australian dental journal*. 2015;60(2):233-9.
35. Nakamori K, Tomihara K, Noguchi M. Clinical significance of computed tomography assessment for third molar surgery. *World journal of radiology*. 2014;6(7):417-23.
36. Marghalani A. Antibiotic prophylaxis reduces infectious complications but increases adverse effects after third-molar extraction in healthy patients. *Journal of the American Dental Association (1939)*. 2014;145(5):476-8.
37. Oomens MA, Forouzanfar T. Antibiotic prophylaxis in third molar surgery: a review. *Oral surgery, oral medicine, oral pathology and oral radiology*. 2012;114(6):e5-12.
38. Bastos JFR. Código civil português. Coimbra: Almedina; 2008. 352p

39. Caldas I. Avaliação do dano orofacial pós-traumático Tese de Doutoramento: Universidade do Porto; 2008.
40. Magalhães T, Costa DPMPd. Avaliação do dano na pessoa em sede de direito civil : perspectivas actuais. FDUP - Artigo em Revista Científica Nacional. 2007:420-54.
41. Verçosa CB. Avaliação de sequelas odontológicas em perícias cíveis Tese de Doutoramento. São Paulo 2013.
42. Magalhães TC-R, Francisco; Vieira, Duarte Nuno. O relatório pericial de avaliação do dano corporal em Direito Civil. Imprensa da Universidade de Coimbra. 2008.
43. Santos PRCdS. Avaliação do dano oro-facial pós-traumático em sede de direito civil, penal e trabalho Tese de mestrado: Universidade de Lisboa; 2011.
44. Caldas IM, Hammonet C, Matos E, Afonso A, Magalhães T. Orohanditeste: uma nova metodologia para avaliação do dano orofacial. Revista Portuguesa do Dano Corporal. 2007(17):99-111.
45. Decreto-Lei n.º 352/2007 [Available from: <https://dre.pt/pesquisa/-/search/629107/details/maximized>. Acesso em: 28 de Abril de 2018

VI. ANEXOS

**PARECER****(Entrega do trabalho final de Monografia)**

Informo que o trabalho final de Monografia desenvolvido pela estudante Paula Coelho, com o título: "Responsabilidade médica na extração de terceiros molares", está de acordo com as regras estipuladas na Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto, foi por mim conferido e encontra-se em condições de ser apresentado em provas públicas.

Porto, 18 de Maio de 2018

(A orientadora)



DECLARAÇÃO

Monografia de investigação / Relatório de Atividade Clínica

Declaro que o presente trabalho, no âmbito da Monografia de Investigação/Relatório de Atividade Clínica, no Mestrado Integrado em Medicina Dentária, Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto, é da minha autoria e todas as fontes foram devidamente referenciadas

Porto, 18 de Maio de 2018

Paula Coelho

(A investigadora)